LABGENETICS
Laboratorio de Genética Clínica S.L.

Número de caso	
Fecha de recepción	
Número de pedido	

(A cumplimentar por LabGenetics)

SOLICITUD DE PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN GENÉTICA INFORMATIVA_v1

SOLICITANTE	
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Nacionalidad:

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS: □ Correo electrónico □ Correo ordinario □ Mensajería (+15,00)		
Dirección:		Población:
Provincia:	Código Postal:	Tlf.:
Fax:	Correo electrónico:	

MUESTRAS ENVIADAS

Tipo de Muestra (Breve Descripción)	Tipo de prueba solicitada (#)	***Código LabGenetics***

(#) Indique el número correspondiente al análisis solicitado:

(1) Huella Genética de STRs autosómicos	**(2)** Huella Genética de ADN mitocondrial	**(3)** Huella Genética de STR del Cromosoma Y

El abajo firmante, mayor de edad, AUTORIZA a LabGenetics a realizar una prueba de identificación genética sobre las muestras enviadas y **DECLARA** que, en el caso de que haya menores implicados, ostenta la patria potestad sobre éstos o, en su defecto, cuenta con la autorización o capacidad legal para la toma de muestra de las demás personas implicadas en la prueba.

En _____, a _____ de _____ de 20___

Nombre y firma: _____

LabGenetics, se compromete a gestionar toda la información proporcionada por sus clientes, así como la generada durante la prestación del servicio, garantizando su confidencialidad. Dicha información será tratada exclusivamente para los fines relacionados con el servicio solicitado y únicamente será comunicada a las personas legitimadas para recibirla o cuando exista una obligación legal o un requerimiento de la autoridad competente.

Todos los datos de carácter personal que aparecen en este formulario, así como los resultados de los análisis, quedarán incorporados en un fichero bajo la responsabilidad de LabGenetics. De conformidad con la legislación vigente, todas las personas reseñadas en este documento podrán ejercer su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dirigiendo un correo electrónico, debidamente identificado, a la dirección info@labgenetics.es

Forma de Pago	□ Transferencia bancaria a nombre de LabGenetics S.L. Cuenta: **IBAN** ES45 2100 6181 3802 0025 5464 **CAIXABANK** □ Pago con tarjeta VISA o MasterCard: Cantidad: _____ euros Número de Tarjeta: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Fecha de caducidad: _ _ / _ _